

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N^o

597

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Fernand VANNEREAU

Né à Montsauche (Nièvre) le 13 Juin 1906

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne à la Maison de Santé du Gardien de la Paix
(Fondation Chiappe)

A PROPOS DU TRAITEMENT
DE
L'ADÉNOME PROSTATIQUE
(Les opérations dites " de Steinach ")

Président : M. F. LEGUEU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1932

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Fernand VANNEREAU

Né à Montsauche (Nièvre) le 13 Juin 1906

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne à la Maison de Santé du Gardien de la Paix
(Fondation Chiappe)

A PROPOS DU TRAITEMENT
DE
L'ADÉNOME PROSTATIQUE

(Les opérations dites "de Steinach")

Président : M. F. LEGUEU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANCON.
	{ ACHARD.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	{ LENORMANT.
	{ CUNÉO.
Clinique chirurgicale	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	{ COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	{ HOVELACQUE.
	{ MAUCLAIRE.
Professeurs sans chaire	{ MULON.
	{ VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .. Neurologie et Psychiatrie
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BROCCQ..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) .. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI .. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET ... Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHTER Fils Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIÈRE..... Pathologie expérimentale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX..... Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE . Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXÉ

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI.....	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER.....	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER ...	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé ..		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR R. KOURILSKY

Médecin-Assistant des Hôpitaux de Paris

*Qui m'a guidé et conseillé au
cours de mes études médicales.*

*En témoignage de mon affec-
tueuse reconnaissance.*

A M. LE PROFESSEUR F. LEGUEU
Commandeur de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique des Voies Urinaires à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Necker

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. Témoinage de respectueuse
gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

- M. LE PROFESSEUR SERGENT (La Charité).
M. LE PROFESSEUR HARTMANN (Hôtel-Dieu)
M. LE PROFESSEUR LEMIERRE (Bichat).
M. LE DOCTEUR DARRÉ (La Charité).
M. LE DOCTEUR RIBADEAU-DUMAS
(La Salpêtrière).
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉVY-SOLAL
Saint-Antoine).

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

A M. LE DOCTEUR FLANDRIN

Chirurgien urologue de la Maison de Santé du Gardien de la Paix

*En témoignage de ma très sincère
reconnaissance et de mon respec-
tueux attachement.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS

LUBIN, GÉRARD-MARCHANT, MEILLÈRE

Chirurgiens de la Maison de Santé du Gardien de la Paix

A M. LE DOCTEUR CARRIÉ

Médecin des Hôpitaux

A MESSIEURS LES DOCTEURS

LAMBLING. RENÉ MATHIEU

A MADemoiselle LE DOCTEUR S. LÉVY

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR BERNARD DESPLAS

Officier de la Légion d'Honneur

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Chirurgien-Chef de la Maison de Santé du Gardien de la Paix

*Je le remercie de l'honneur qu'il
m'a fait en m'acceptant comme
Interne à la Maison de Santé du
Gardien de la Paix.*

*Je lui serai toujours reconnaissant
de la grande bienveillance qu'il n'a
cessé de me témoigner et c'est un
devoir et surtout une joie pour moi
de lui exprimer ici toute ma res-
pectueuse gratitude et de l'assurer
de mon entier dévouement.*

INTRODUCTION

Certains procédés thérapeutiques jouissent d'une faveur intermittente et telle méthode qu'on croyait définitivement tombée dans l'oubli en raison du peu d'efficacité qu'on lui avait reconnue peu après le temps de sa vogue première, réapparaît souvent sous un nom différent et maints auteurs en vantent les mérites. C'est ce qui semble bien se passer quelque peu actuellement pour la section des canaux déférents envisagée en tant que moyen de traitement de l'adénome prostatique.

Après avoir connu tant à l'étranger, qu'en France, vers 1895, un succès assez vif, elle avait été ensuite abandonnée avec la même rapidité qu'on l'avait instaurée et depuis, il n'en était même plus question dans les traités d'urologie, ou tout au plus, se contentait-on parfois de la rappeler à titre purement historique et documentaire dans l'énumération des traitements variés qui furent successivement préconisés dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate.

C'est qu'en effet, à ce procédé purement palliatif, mais cependant considéré momentanément comme un des meilleurs à une époque où l'on ne possédait

rien de bien efficace en dehors du cathétérisme, a succédé la prostatectomie qui d'emblée a conquis la faveur des chirurgiens parce que la seule opération vraiment radicale, et qui depuis n'a cessé de conserver la place de choix qu'elle avait si justement acquise.

C'est pourquoi, il peut sembler presque oiseux à beaucoup de revenir sur un procédé considéré comme définitivement abandonné et relégué au rang des thérapeutiques désuètes. Cependant, en France, où il avait été unanimement délaissé, quelques chirurgiens y ont eu recours récemment, sans toutefois semble-t-il, mettre en lui plus d'espoir qu'il n'était raisonnablement possible d'en avoir. A ce regain de faveur, si l'on peut ainsi s'exprimer ne sont pas indifférents les communications et articles assez nombreux en ces dernières années dans les pays étrangers particulièrement en Allemagne, Autriche, Suisse, Etats-Unis. A lire en effet certains chirurgiens de ces pays, on peut croire qu'il a été découvert dans l'interruption des voies spermatiques à des niveaux variables un nouveau procédé de traitement de l'hypertrophie de la prostate et qui même, pour quelques-uns, serait presque une heureuse découverte tant par sa prétendue nouveauté que par l'efficacité qu'on veut bien lui attribuer.

Ayant eu l'occasion de voir quelques malades atteints d'adénome prostatique opérés à la Maison de santé du Gardien de la Paix, par notre Maître le Docteur FLANDRIN, nous avons pensé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à rapporter leurs observations ;

d'autres cas semblables nous ont été communiqués par le Docteur FLANDRIN provenant du service du Professeur HEITZ-BOYER, à l'Hôpital Lariboisière. Nous avons cru bon de rapporter également les quelques observations publiées récemment en France sur la question.

Nous étudierons successivement l'historique du procédé, les observations des malades opérés et les résultats obtenus, les différentes théories qui ont été émises pour expliquer le mécanisme d'action thérapeutique de la section des canaux déférents ou de son perfectionnement récent, la ligature interépididymo-testiculaire. Enfin, nous conclurons, par les indications que peuvent présenter ces interventions ; nous verrons s'il y a lieu de leur attribuer une certaine faveur et quelle est l'importance qu'elles peuvent prétendre acquérir dans le traitement de l'adénome prostatique.

HISTORIQUE

Pour comprendre la faveur dont a joui vers la fin du siècle dernier, pendant un court laps de temps, il est vrai, la section des canaux déférents, il est bon de se rappeler dans quelles circonstances elle a été préconisée et de résumer brièvement les procédés auxquels on recourait jusqu'alors pour traiter l'hypertrophie de la prostate.

En dehors du traitement médical, du cathétérisme régulier et de la sonde à demeure qui constituaient les éléments capitaux de la thérapeutique, on mettait en pratique différentes méthodes qui souvent ne donnaient guère plus satisfaction les unes que les autres : *a) méthodes directes* : prostatotomie urétrale ou périnéale, prostatectomie périnéale médiane ou latérale (ces différentes prostatectomies n'étant que des prostatectomies partielles sans grande efficacité), cautérisation électrique (méthode de Bottini), électro-puncture, électrolyse ; *b) méthodes indirectes* : ponction hypogastrique, cystostomie sus-pubienne, injections intratesticulaires.

Lorsqu'en 1893, RAMM (de Christiania) pratiqua la première castration dont WHITE à la même époque, vanta les mérites comme traitement de l'hypertrophie

de la prostate, il y eut une sorte d'engouement pour cette méthode qui sembla devoir devenir le procédé de cure radicale de l'affection. Les travaux expérimentaux sur l'animal, les interventions chirurgicales se multiplièrent dans tous les pays, mais rapidement, on s'aperçut que, si l'on obtenait assez fréquemment des résultats d'une valeur indéniable, ce n'était pas sans souvent de graves complications et une mortalité élevée ; de plus, les malades éprouvaient en général une grande répugnance à subir pareille mutilation. Aussi, lorsqu'on proposa un procédé infiniment plus simple, inoffensif et qui semblait alors physiologiquement devoir donner des résultats équivalents à la castration, sans tous les inconvénients de celle-ci, on s'empressa de le mettre en pratique.

A la base de ces deux méthodes : castration et section des canaux déférents, on trouve une conception commune : les relations qui existent entre la prostate et les testicules.

Depuis longtemps déjà, certains auteurs avaient attiré l'attention sur ce point. En 1856, Decimus HODGSON notait que « chez les personnes castrées, la prostate arrive à une condition rudimentaire ». GRUBER remarquant chez un homme de 65 ans une prostate minuscule apprit qu'il avait été castré dans sa jeunesse. GODARD en 1860 insistait sur le fait que chez les eunuques, la prostate a le volume de celle d'un enfant et qu'à une malformation ou à une absence congénitale de testicules correspondait une atrophie prostatique. De même, il avait constaté

que chez certains animaux, il existe une cryptorchidie temporaire correspondant à la période de repos génital : testicules et prostate sont alors en régression et la spermatogénèse ainsi que la sécrétion prostatique sont alors momentanément supprimées ; les organes reprennent leur volume et leurs fonctions réapparaissent avec le réveil de l'activité sexuelle.

LAUNOIS en 1884, HUNTER, d'après des constatations anatomiques faites chez des animaux mâles castrés dans le jeune âge signalaient également l'atrophie marquée de la prostate, observations contredites il est vrai par PÉGURIER.

Expérimentalement, les travaux de WHITE, KIRBY LEGUEU, BAZY, ALBARRAN confirmèrent l'atrophie de la prostate après la castration, tant au point de vue macroscopique qu'au point de vue microscopique.

On fit également ressortir le parallélisme existant entre testicule et prostate, glandes toutes les deux petites dans l'enfance, se développant notablement au moment de la puberté pour atteindre chez l'adulte jeune leur maximum d'activité.

Ainsi, à cette époque, l'attention était attirée sur ces questions d'interdépendance des glandes génitales et de la glande prostatique, ce qui fit que les méthodes préconisées alors s'inspiraient de cette notion considérée comme essentielle. Mais pour les raisons que nous avons vues, l'ablation des testicules devait vite perdre la place prépondérante qu'elle avait acquise.

A la suppression de l'organe par la castration, on a voulu substituer alors l'isolement anatomique et

physiologique par la simple section des canaux déférents. C'est HARRISON, en 1893, qui pratiqua semble-t-il pour la première fois, avec intention et succès, la section sous-cutanée des canaux déférents. A peu près à la même époque, J. EWING MEARS souhaite l'emploi de cette nouvelle méthode et de nombreux auteurs ORVILLE HORWITZ, SAMUEL ALEXANDER ROBERT, WARD COUSIN, WILLIAM WHITE, etc. émettent successivement des avis identiques. PAVONE, en 1895, communique le résultat de ses recherches expérimentales ; ISNARDI, BRUNS, HELFERICH, ENGLISH s'ajoutent aux promoteurs de la méthode.

En France, les premières observations de section ou résection des canaux déférents furent communiquées au IX^e Congrès de Chirurgie à Paris en 1895, et à elles s'attachent les noms de CHALOT (Toulouse), GUYON, LEGUEU, ROUTIER, VAUTRIN, etc. Bientôt la plupart des chirurgiens recourent à cette intervention si simple.

Il y a lieu dès maintenant de signaler un point intéressant : l'idée directrice de l'intervention était fausse. Contrairement à la loi en vertu de laquelle la ligature des canaux excréteurs d'une glande entraîne son atrophie, l'interruption fonctionnelle par la section du canal déférent n'a point d'action atrophiante sur le testicule : l'absence tératologique du canal déférent, sa section expérimentale, sa section accidentelle au cours des kélotomies confirment le fait

Or, les promoteurs de la méthode se proposaient en sectionnant les canaux déférents d'amener l'atro-

phie testiculaire équivalente à la castration et, par contre-coup, l'atrophie de la prostate en supprimant le fonctionnement physiologique de celle-ci ; c'est pourquoi on pratiqua non seulement des sections, des canaux déférents, mais aussi des ligatures des éléments vasculaires du cordon, ceci en vue de produire une désintégration des testicules, condition de l'atrophie secondaire de la prostate ; de même un peu plus tard, c'est l'angioneurectomie qui fut proposée.

Les recherches expérimentales furent alors nombreuses. WHITE, WOOD et KIRBY rapportant une série d'expériences sur le chien montrèrent l'atrophie, souvent très marquée, de la prostate après section des canaux déférents. PAVONE affirme que les résultats expérimentaux obtenus par la section bilatérale des canaux déférents étaient, chez le chien, en tous points comparables à ceux que donnait la castration ; en cas de section unilatérale, l'atrophie ne serait nettement marquée que du côté correspondant, tous ces résultats étant confirmés par l'examen histologique.

Mais LEGUEU, dans une série d'expériences faites dans le laboratoire de GUYON obtint des résultats beaucoup moins enthousiastes que les auteurs précédents.

Ces atrophies macroscopiques notables de la prostate signalées par certains expérimentateurs avaient une valeur bien discutable. En effet, une cause importante d'erreur résidait dans la variabilité extrême

de la prostate dans l'espèce canine ; et l'évaluation de l'atrophie d'après le rapport entre le poids du corps et le poids de la prostate était bien peu précise.

D'autre part, en admettant qu'il se produise une atrophie de la prostate normale chez les animaux, rien ne prouve qu'il en soit de même lorsqu'il s'agit de la prostate anormale de l'homme. Enfin, il y a lieu de remarquer qu'à cette époque, on ne tenait guère compte dans l'explication du mécanisme possible, de l'intervention de la sécrétion interne du testicule, encore peu étudiée, et qu'on ignorait complètement la véritable nature de l'adénome prostatique qui ne devait être établie que plus tard.

Toujours est-il que, quelle que soit la valeur théorique de la méthode, les chirurgiens rapportèrent des résultats qui, au début tout au moins, furent encourageants ; en dehors des faits de diminution de volume de la prostate très inconstants et surtout difficilement appréciables, ils insistèrent sur la plus grande facilité des mictions qui perdent leurs caractères pathologiques, sur la diminution du résidu vésical, la disparition de l'incontinence par regorgement, etc., en résumé sur la grande amélioration des malades et parfois la disparition complète des troubles fonctionnels. FLOHERSHEIM, dans sa thèse, de 1896, passant en revue les observations publiées jusqu'alors par différents auteurs arrive au chiffre de 80 % d'améliorations et même dit-il de guérisons !

Malheureusement, la méthode ne tint pas les pro-

messes qu'on avait cru découvrir en elle. Les améliorations obtenues furent, pour la plupart, de courte durée et les chirurgiens s'en détachèrent progressivement ; on ne peut mieux traduire leur opinion qu'en rappelant les conclusions du rapport de LEGUEU au Congrès International de Médecine de 1900, à Paris : « La résection des canaux déférents, la vasectomie a eu un moment une certaine vogue et des observations longuement suivies nous permettent très facilement de juger de sa valeur : elle est presque nulle. Je suis d'autant moins suspect de partialité en formulant cette appréciation que j'ai été un des premiers à étudier cette question au point de vue expérimental et à appliquer sur l'homme cette opération. En ce qui concerne l'influence de la vasectomie sur la prostate hypertrophiée, il n'est pas une observation, en effet, dans laquelle on ait noté une atrophie nette et évidente de la glande. On voit souvent la prostate diminuer de volume le lendemain ou dans les jours qui suivent l'opération et cela surtout chez les malades opérés en pleine attaque de congestion avec rétention. Mais plus tard, à distance, on voit la glande reprendre son volume et continuer à s'hypertrophier. En ce qui concerne les résultats vraiment thérapeutiques de la vasectomie, ils ne sont favorables que chez les congestifs ; chez eux, on voit, comme après la castration, mais moins, reparaître la contractilité vésicale et s'effectuer les mictions spontanées. Mais chez les rétentionnistes incomplets et surtout complets suivis au-delà de

huit mois, le bénéfice n'existe plus s'il a jamais existé et le bilan de l'opération se résume à un insuccès absolu. Le seul bénéfice réel de la vasectomie et c'est aussi la seule indication qui lui reste, c'est de supprimer les orchites répétés dont souffrent si souvent les prostatiques qui se sondent. Nées d'une assimilation défectueuse et erronée, portées très haut par une faveur exagérée, les opérations testiculaires, malgré les améliorations qu'elles ont causées, verront peu à peu leurs applications se restreindre au profit des opérations d'exérèse directe jusqu'au jour prochain où elles iront rejoindre dans l'histoire la méthode de BATTEY, la castration ovarienne appliquée au traitement des fibromes utérins ».

Ce jugement motivé porté par LEQUEU semblait bien devoir clore définitivement toute discussion à ce sujet d'autant plus que les nouvelles méthodes de prostatectomies allaient de plus en plus et très rapidement acquérir une faveur qui depuis lors ne s'est aucunement atténuée et qui n'a fait que bénéficier sans cesse du perfectionnement des techniques opératoires.

Mais depuis quelques années, il semble qu'à l'étranger en premier lieu, on se soit intéressé à nouveau à la question et que la vasectomie soit un peu sortie d'une période de disgrâce déjà longue. En Europe centrale, particulièrement, d'assez nombreux travaux ont été publiés et des statistiques plus ou moins favorables ont été produites par les chirurgiens. On ne s'est d'ailleurs pas tenu à la simple

section des canaux déférents ; on a voulu perfectionner la méthode et, en particulier, maints auteurs se sont réclamés de STEINACH, le biologiste viennois, qui, au cours de ses nombreuses recherches sur les fonctions sexuelles, avait été amené à pratiquer la ligature des canaux déférents et à en louer les mérites en tant que procédé de rajeunissement de l'organisme ; il avait alors remarqué également une diminution de volume et un ramollissement de la prostate. Mais s'il peut revendiquer le mérite d'avoir montré le bénéfice que l'on pouvait parfois retirer de cette intervention au point de vue de la revigoration de l'état général, on ne comprend guère pour quelle raison on a dans la suite créé la dénomination « méthode de Steinach n° 1 » pour désigner un procédé connu, mis en pratique et quasi totalement abandonné longtemps auparavant. Sans doute STEINACH a-t-il secondairement préconisé une nouvelle modalité de technique en pratiquant l'interruption des voies spermatiques non sur le canal déférent lui-même, mais sur les cônes efférents, entre le testicule et l'épididyme, réalisant ainsi la « méthode de Steinach n° 2 », autrement dit la ligature inter-épididymo-testiculaire. Elle agirait par un mécanisme tout autre que la section des déférents à laquelle elle serait de beaucoup supérieure, ce qui est loin d'être prouvé de façon indiscutable.

Les résultats communiqués ne sont pas concordants, tant s'en faut ; il semble d'ailleurs assez facile d'expliquer ces divergences d'opinions quand

on ne se contente pas d'attribuer une trop grande valeur à certaines statistiques où se chiffre un pourcentage un peu trop rigoureux de guérisons, d'améliorations et d'échecs pour des faits qu'il serait plus juste d'interpréter avec moins de rigueur mathématique. Souvent, il serait utile de savoir de quels malades il s'agissait, quels étaient assez exactement les troubles qu'ils présentaient après et surtout avant l'intervention et de se demander si, plus sincèrement, d'autres thérapeutiques associées ne pouvaient revendiquer à bon escient une part des améliorations observées ; enfin, avant de parler de guérison, il serait souvent bon de ne pas négliger la chose capitale en cette matière : l'épreuve du temps.

Avant d'étudier ces résultats, nous rapporterons brièvement la technique de ces interventions. On a pratiqué successivement au début, la section sous-cutanée des canaux déférents, la simple ligature, la section entre deux ligatures et la résection partielle du canal déférent. Actuellement, on fait généralement la section bilatérale entre deux ligatures, complétée ou non par une résection sur une longueur de 2 à 3 centimètres. Selon les auteurs, cette section est pratiquée soit à la sortie de l'anneau inguinal externe, soit à la naissance même du canal déférent immédiatement après la queue de l'épididyme. On doit veiller à isoler soigneusement le canal déférent et à ne prendre dans la section aucun des autres éléments du cordon. L'intervention se fait sous anesthésie locale, l'immobilisation consécutive est de courte durée

et les suites opératoires sont extrêmement simples.

Les partisans de l'opération plus récente dite de Steinach n° 2, reprochent à l'interruption pratiquée au niveau du canal déférent lui-même de favoriser la formation de kystes spermatiques, de provoquer le gonflement du testicule et de l'épididyme. Au lieu que l'évacuation testiculaire continue à s'effectuer dans l'épididyme et la partie du canal déférent située en deçà de la ligature, on l'arrête à la sortie du testicule lui-même et, pour cela, on pratique une ligature au fil de soie sur les cônes efférents, petits canaux, au nombre d'une quinzaine environ qui prolongent le réseau de Haller du testicule et vont ensuite, en se contournant et se pelotonnant en spirales, constituer la masse même de la tête de l'épididyme. Le Dr NIEHANS, de Montreux, insiste sur le fait qu'on doit respecter autant que possible les vaisseaux et capillaires du voisinage et éviter de tendre la *tunica propria testis*. On arrive ainsi à inclure complètement la sécrétion testiculaire et, la vascularisation de l'albuginée et des cloisons interlobulaires étant intacte, la résorption des substances actives testiculaires se fait au maximum par la circulation sanguine, au lieu d'emprunter la voie désormais oblitérée des canaux séminifères et du canal déférent. De cette façon est réalisée une auto-opothérapie qui serait le facteur capital de l'efficacité du procédé tant au point de vue local, sur l'état de la prostate, qu'au point de vue de l'état général du malade.

TRAVAUX ET OBSERVATIONS

Si nous passons sommairement en revue les résultats apportés par les principaux auteurs, nous constatons, ainsi que nous l'avons déjà noté, que les opinions sont assez différentes à tous les points de vue.

Ainsi HABERER qui, jusqu'alors ne pratiquait la ligature des canaux déférents qu'en tant que préventif des orchis épididymites, rapporte en 1921 17 cas de vasectomie pour adénome prostatique avec 40 % de résultats tellement favorables, dit-il, que la prostatectomie devint inutile, la prostate ayant diminué de volume, les troubles fonctionnels ayant disparu, mais plus récemment sur une autre série de malades, il n'aurait obtenu que 13 % de guérisons.

HÜHNE qui dit avoir obtenu quelques améliorations assez nettes par la vasectomie ne lui attribue cependant aucune valeur comme méthode curative. Il craint qu'en généralisant son emploi on ne laisse passer le temps opportun pour la prostatectomie et que soit négligée l'éventualité toujours possible de la transformation de l'adénome conservé, en tumeur maligne. Il voit surtout dans la méthode un moyen

d'éviter les orchépididymites du cathétérisme et l'on ne peut alors que se féliciter des résultats observés.

Pour HÜTTER, qui apporte une statistique de 100 cas de vasectomie, les résultats sont médiocres alors qu'HEINRICHSEN trouve la plus grande satisfaction dans l'emploi de ce procédé chez les malades qui ne peuvent subir l'opération radicale.

LANDAU, dans 60 % de ses cas, signale une très nette amélioration avec, fréquemment, régression de l'adénome.

BARASS arrive à la conclusion que la vasectomie ne peut remplacer la prostatectomie, mais malgré cela, il la trouve préférable dans le stade de début de l'hypertrophie prostatique ; on peut ainsi éviter les sondages trop fréquents, prévenir une infection des voies urinaires et retarder de plusieurs années l'opération radicale. De plus, selon lui, la vasectomie améliore la force physique, les échanges nutritifs, en un mot, a une heureuse influence sur l'état général des sujets.

LICHTENSTERN emploie volontiers la ligature des canaux déférents suivie de radiothérapie en cas de résidu vésical peu important ; de même, lorsqu'il fait une prostatectomie, il pratique systématiquement cette ligature six à huit jours avant ; il évite ainsi les épидidymites et augmente le tonus du malade qui est plus résistant.

WERWARTH dont les résultats sont assez détaillés rapporte 18 cas de vasectomie. Il s'agissait de malades ayant un très mauvais état général avec gros

résidu, infection vésicale et parmi eux 9 dépassaient 70 ans. Avant l'opération, il a institué un traitement par la sonde à demeure dont la durée a varié entre deux et sept semaines, avec lavages antiseptiques quotidiens. Un an après l'intervention, 4 de ses malades étaient morts de maladies intercurrentes ; chez 3 le résultat avait été nul, mais chez 11, l'amélioration avait été très nette tant au point de vue objectif que subjectif (bon état général, guérison des troubles fonctionnels, souvent diminution marquée du résidu vésical et, dans 3 cas, diminution de volume de la prostate appréciable au doigt). Deux ans après l'opération, les mêmes résultats se maintenaient.

WERWARTH n'admet pas l'influence possible de la sonde à demeure dans les améliorations obtenues, car, employée seule, elle n'arrivait jamais à lui donner chez ses malades des mictions spontanées et une diminution du résidu. Cependant, il conclut que la vasectomie n'est qu'une opération palliative dont les indications résident dans les seules contre-indications de la prostatectomie qui reste la méthode de choix.

DUNAJEWSKY et TJOMKIN reprochent à la prostatectomie sa mortalité trop élevée et estiment qu'au premier stade de l'hypertrophie prostatique l'ablation de la prostate n'est pas indiquée car fréquemment les malades ne passent pas au stade suivant et il n'est pas nécessaire de leur faire courir les dangers d'une opération aussi importante ; d'autant

plus que, toujours d'après les mêmes auteurs, l'adénome n'est pas très dangereux ni en lui-même, ni pour l'organisme. Ce qu'il faut combattre, ce sont les symptômes : dysurie, pollakiurie, etc., et dans ce but, la vasectomie leur semble particulièrement indiquée.

Leurs résultats sur 33 cas, se répartissent ainsi : 15 guérisons (soit 45,5 %, le terme guérison, précisent-ils, ne devant pas être entendu au sens anatomopathologique du mot, mais signifiant une nette et durable amélioration des fonctions vésicales avec suppression du résidu et de la dysurie), 5 améliorations (soit 15 %), 12 résultats nuls (soit 36. %). Dans un cas s'est produit une mort par embolie.

Ces auteurs ont remarqué que les résultats les plus favorables ont été obtenus en cas de prostates dures et que dans les formes molles les échecs étaient plus fréquents. Ce qui importe surtout, c'est le stade de l'affection où l'opération a été pratiquée : au début des troubles prostatiques, les résultats sont nettement meilleurs qu'à la période de rétention avec distension.

Tous les malades opérés ont été suivis pendant un délai variable entre six mois et quatre ans ; DUNA-JEWSKY et TJOMKIN n'ont constaté aucune aggravation des signes fonctionnels ni aucune augmentation du résidu vésical dans les cas où celui-ci n'avait pas complètement disparu. Plus tardivement que l'amélioration de la fonction vésicale, s'est produit le plus souvent une amélioration de l'état général qui serait

susceptible de rendre possible dans de meilleures conditions une prostatectomie ultérieure. Les auteurs concluent en disant que, si la prostatectomie ne doit pas être abandonnée, elle a des indications bien nettes et, au stade de début de l'hypertrophie prostatique, on doit mettre en œuvre un traitement conservateur : cathétérisme, vasectomie ; dans les stades ultérieurs, si le traitement conservateur pratiqué en premier lieu n'a pas amené de nette amélioration après un certain temps d'observation, on doit recourir à la prostatectomie.

En résumé, pour DUNAJEWSKY et TJOMKIN, la vasectomie est un bon traitement conservateur donnant des heureux résultats durables dans de nombreux cas et qui peut, si elle échoue, être considérée comme constituant un temps préparatoire de la prostatectomie tant par ses effets favorables sur l'état général que par son action préventive contre les orchi-épididymites.

WOLFSOHN conseille, au cas où l'on a pratiqué en même temps une cystostomie et la vasectomie comme premier temps d'une prostatectomie éventuelle, d'attendre les effets de ces interventions, et, en présence d'un résultat favorable, de ne pas réaliser le deuxième temps et de laisser la cystostomie se refermer. Si l'on a fait seulement une cystostomie et que la prostatectomie se trouve par la suite contre indiquée, on doit alors faire la vasectomie et on aura ainsi les plus grandes chances de voir les mictions réapparaître et la cystostomie se refermer.

FISCHER et SCHREUS accordent leur faveur à la

vasectomie au début de l'hypertrophie prostatique, quand il n'y a pas de résidu vésical ; elle serait alors très efficace. Dans les cas plus avancés, ils proposent l'association de la radiothérapie à la vasectomie toutes les fois que la prostatectomie est contre-indiquée, mais si cette dernière est possible, il est préférable d'y recourir.

UJHELY ayant pratiqué 16 cas de vasectomie n'a pas observé de diminution de la prostate ; les troubles fonctionnels subjectifs se sont souvent améliorés très nettement, mais au bout d'un temps variable ont réapparu ou se sont accrus et une bonne part des malades a dû subir la prostatectomie ; de plus, jamais le résidu n'a disparu, tout au moins complètement, car, dans quelques cas, il avait notablement diminué. Enfin UJHELY attribue un rôle important à la sonde à demeure appliquée avant l'opération et surtout pendant deux à huit semaines après. C'est encore la prostatectomie qui pour lui reste la méthode d'élection et la vasectomie ne peut être considérée que comme une opération préparatoire à l'intervention radicale ou alors se borner à être uniquement palliative.

En France, Mock à propos de douze cas de malades chez qui il avait pratiqué en même temps une cystostomie et la section des canaux déférents signale sept fois la régression de l'adénome. Sur 5 autres cas, où il a pratiqué uniquement la vasectomie, il a obtenu trois fois un résultat excellent avec disparition ou presque du résidu, une fois le

résultat a été moyen (régression de l'adénome, diminution du résidu). En présence d'un malade atteint d'hypertrophie prostatique, sans complications, il propose le choix entre la vasectomie et l'opération radicale ; les éléments favorables à l'opération palliative sont : adénome peu volumineux, résidu minime, absence d'infection.

DURAND BOISLEARD, dont nous rapportons plus loin une observation, envisage sous un jour très favorable la ligature interépididymo-testiculaire. Il voit en elle une méthode non seulement palliative, mais fréquemment curative qu'il y aurait intérêt à préconiser en raison des risques particulièrement importants que présente selon lui la prostatectomie.

NIEHANS, en Suisse, est un des principaux adeptes de la ligature interépididymo-testiculaire ; ayant pratiqué 400 interventions de ce genre dont certaines datent de cinq ans, il lui attribue une influence très favorable sur les symptômes fonctionnels de l'adénome prostatique ainsi que sur la consistance de la prostate qui devient plus molle. En cas de rétention d'urine assez importante, il laisse après l'opération une sonde à demeure pendant cinq jours puis une sonde la nuit seulement et la plupart des malades quittent l'hôpital le 10^e jour sans urine résiduelle. Chez les rétentionnistes infectés, il laisse après l'intervention la sonde à demeure 2, 3 et quelquefois 4 mois avec traitement antiseptique concomitant.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1 (D^r FLANDRIN)

M. T..., âgé de 64 ans, Gardien de la Paix, retraité. Depuis une huitaine d'années présente de la difficulté aux mictions qui sont longues et pénibles. Pollakiurie nocturne (2 à 3 fois en moyenne). Pas d'autres antécédents urinaires.

Il y a 4 ans, consulte pour ces troubles un urologiste qui aurait alors trouvé une grosse prostate molle et prescrit des lavements chauds, des suppositoires. Il se produit une légère amélioration. En janvier 1921, hématurie très minime. Le malade consulte à nouveau ; on lui fait des lavages de vessie et pendant deux mois environ des dilations aux béniqués ; peu après la dernière séance se déclare une épididymite droite qui dure 3 semaines.

En juillet 1931, rétention complète d'urine qui cède d'elle-même au bout de quelques heures.

Le 6 septembre 1931, nouvelle rétention complète ; le malade va consulter à l'hôpital où on doit le sonder. Le lendemain, à nouveau, rétention complète ; le malade entre alors à la Maison de Santé du Gardien de la Paix ; on installe une sonde à demeure que l'on change tous les jours. Lavages antiseptiques quotidiens.

On trouve au toucher rectal une prostate du volume d'une mandarine, molle, étalée, sans réaction périprostatique.

L'état général du malade est assez bon.

Examen pulmonaire normal. 1^{er} bruit du cœur un peu

claqué, tension artérielle 19-10 (VAQUEZ); le malade se plaint fréquemment de bourdonnements d'oreilles, de vertiges, de crampes musculaires. Constipation très marquée.

Urée sanguine 0 gr. 38. C^{te} d'Ambard 0,11.

La sonde à demeure installée le 7 septembre est retirée le 15 septembre mais on continue les lavages quotidiens. Le 16 le résidu vésical est de 140 cm³, le 17 de 90 cm³; le 18 de 60 cm³. Le 21 septembre 1931, sous anesthésie locale, ligature interépididymo-testiculaire bilatérale.

Le 22 septembre, résidu : 45 cm³, le 28, 70 cm³ le 30, 60 cm³. La quantité d'urine par 24 heures oscille entre 1 l. 5 et 2 litres. Les mictions sont un peu moins pénibles qu'aussitôt après la suppression de la sonde à demeure; il persiste toujours 2 mictions nocturnes. Le malade sort le 30 septembre. Pendant une douzaine de jours, dysurie accentuée, pollakiurie nocturne marquée (5 à 6 fois) puis retour à des mictions plus faciles et à 1 ou 2 mictions nocturnes.

Le malade a été revu plusieurs fois depuis.

Le 12 octobre 1931, résidu un peu troublé de 100 cm³.

Le 20 novembre 1931, persistance d'un peu de dysurie, résidu clair de 80 cm³.

Le malade est revenu ensuite se faire sonder à des intervalles très variables : entre une semaine et quatre mois.

Il urine 3 ou 4 fois dans la journée, 1 à 2 fois la nuit; les mictions ne sont pas pénibles, mais le malade a l'impression qu'il ne vide pas complètement sa vessie. Le résidu vésical, souvent trouble oscille entre 40 et 150 cm³ (une seule fois), se tenant le plus souvent entre 40 et 60 cm³.

Le malade a été revu la dernière fois en octobre 1932; mêmes symptômes que ci-dessus, bon état général, prostate molle, ne semblant pas modifiée de volume.

OBSERVATION 2 (D^r FLANDRIN)

M. R..., 66 ans, brigadier retraité.

Vient consulter pour la 1^{re} fois, le 15 janvier 1932, parce que depuis un mois environ ses urines sont très troubles, mais depuis quelques mois pollakiurie nocturne (3 à 4 fois), mictions assez faciles, mais sensation continue de pesanteur dans le bas-ventre.

Il y a 7 ans, aurait déjà présenté des phénomènes analogues, de courte durée ; depuis mictions normales.

On trouve une prostate petite, mais dure, avec périprostatite ; urètre libre. Résidu trouble de 150 cm³, grosses hémorroïdes.

Malade revu tous les 3 ou 4 jours, jusqu'au 29 janvier, lavages antiseptiques. Résidu trouble oscillant entre 100 et 160 cm³.

Le 29 janvier cystoscopie : vessie d'une très grande capacité. Cystite généralisée, plus accentuée au trigone et dans la région rétrotrigonale. Muqueuse dépolie avec dépôt fibrineux blanchâtre, disséminé. Orifices urétéraux simplement rouges et un peu béants. Pas d'orifice diverticulaire ni de calcul.

On continue les lavages : 3 puis 2 par semaine.

Résidu très variable entre 10 cm³ et 190 cm³, le plus souvent autour de 120 cm³. Toujours pollakiurie nocturne (3 à 4 fois).

Hospitalisé à la Maison de Santé du Gardien de la Paix, le 3 mars 1932.

Etat général très médiocre.

Cœur irrégulier. Tension artérielle 17-8.

Nombreux râles de bronchite bilatérale. Râles fins de congestion aux bases.

Le 14 mars 1932 — sous anesthésie locale — ligature interépididymo-testiculaire bilatérale.

Les jours suivants, on laisse le malade uriner seul ;

mictions pénibles, peu abondantes, quantité d'urines par 24 heures oscillant autour de 0 l. 5.

Le 18 mars, on doit installer une sonde à demeure jusqu'au 24 mars, avec deux lavages de vessie quotidiens.

Le 25, résidu trouble de 100 cm³, mictions spontanées assez faciles.

Le malade sort le 26 mars.

Revu le 4 avril (jusque-là n'a pas été sondé), résidu trouble de 90 cm³.

Le 6 avril, résidu trouble de 55 cm³.

Ne revient se faire sonder dans la suite que tous les un ou deux mois.

Malade revu la dernière fois le 12 octobre 1932 : prostate non modifiée, résidu clair de 60 cm³ ; pas de dysurie, une seule miction nocturne. Le malade, depuis quelque temps, jouit d'un très bon état général.

OBSERVATION 3 (D^r FLANDRIN)

M. Q..., 66 ans, brigadier retraité.

Vient consulter le 15 janvier 1932 pour pollakiurie nocturne (5 à 6 fois) avec dysurie marquée existant depuis un an environ.

Assez bon état général. Aurait contracté la syphilis à 20 ans et aurait suivi un traitement mercuriel, mais rien de très précis à ce sujet.

Mictions pénibles, résidu clair de 80 cm³.

Prostate dure, peu augmentée de volume. Petit noyau dur à la tête de l'épididyme gauche. Testicule droit atrophié.

Revu le 29 janvier : mêmes signes fonctionnels, résidu de 80 cm³. Examen urétrocystoscopique : existence de deux gros lobes latéraux. Vessie normale, ni calcul, ni diverticule. Malade hospitalisé à la Maison de Santé du

Gardien de la Paix, le 21 février 1932 : mêmes troubles fonctionnels, résidu de 90 cm³.

Le 22 février — sous anesthésie locale — ligature inter-épididymo-testiculaire bilatérale.

Le 29 février, résidu clair de 45 cm³ — 3 à 4 mictions nocturnes — dysurie légèrement améliorée.

Sortie le 5 mars, état stationnaire.

Le 14 mars, résidu clair de 25 cm³, amélioration de la dysurie.

Le 21, résidu de 30 cm³. Le 8 avril, 30 cm³ ; le 18 avril, 25 cm³, pollakiurie nocturne persistante (4 à 5 fois), dysurie à nouveau accentuée.

Le 6 mai, *idem* ; le 25 mai, résidu légèrement trouble de 20 cm³ ; pas d'amélioration de la pollakiurie nocturne ni de la dysurie.

Le malade n'a pas été revu depuis. Incidemment, on a appris, en juin, que peu satisfait des résultats de l'opération, il venait de subir le 1^{er} temps d'une prostatectomie.

OBSERVATION 4 (D^r FLANDRIN)

Malade âgé de 72 ans, hospitalisé le 27 juin 1932 pour rétention complète.

Mauvais état général, cœur un peu irrégulier, tension artérielle : 18-11, malade dyspnéique soigné depuis l'âge de 30 ans pour emphysème pulmonaire et qui a présenté plusieurs fois des poussées d'œdème pulmonaire subaigu. On note, dans les antécédents, à 25 ans, une blennorragie n'ayant été suivie d'aucune complication.

Depuis l'âge de 50 ans, le malade urinait deux fois par nuit en moyenne.

En janvier 1928, peu après une période d'insuffisance cardiaque, augmentation des troubles urinaires : pollakiurie nocturne (3 à 4 fois), diurne (toutes les 2 ou 3 heures),

mictions pénibles, pesanteur périnéale, puis progressivement amélioration de ces troubles et retour à l'état antérieur.

Quinze jours avant l'admission à l'hôpital, mictions fréquentes et très pénibles, puis rétention complète amenant le malade dans le service ; on installe une sonde à demeure qu'on laisse 1 mois 1/2 en la changeant tous les 5 ou 6 jours ; lavage antiseptique quotidien.

Grosse prostate molle ; résidu vésical de 150 cm³. Le 27 août 1932, ligature interépididymo-testiculaire sous anesthésie locale.

Jusqu'au 11 septembre, le malade ne peut se passer de la sonde à demeure que l'on change chaque jour.

Le 11 septembre, on enlève la sonde à demeure ; le malade urine spontanément toutes les 2 h. 1/2 environ, tant le jour que la nuit, assez abondamment, mais avec une grande difficulté.

A partir de cette date, les mictions spontanées persistent ; on sonde néanmoins le malade une fois le jour et une fois la nuit pendant une semaine, puis ensuite une seule fois le matin avec chaque fois lavage vésical. Le résidu se maintient autour de 250 cm³ ; les urines sont très claires ; leur volume est de 1 litre à 1 l. 5 par 24 heures. Le malade sort le 4 octobre 1932 ; le volume de la prostate ne semble pas modifié ; résidu clair de 200 cm³.

Le 16 octobre 1932, le malade qui depuis sa sortie n'a été sondé qu'une fois continue à avoir 5 à 6 mictions nocturnes, mais elles sont très faciles et nullement douloureuses. L'état général est bon.

OBSERVATION 5 (Dr FLANDRIN)

Malade âgé de 71 ans, hospitalisé le lundi 12 septembre 1932 pour rétention complète. A déjà été en rétention complète le vendredi précédent et a dû être sondé ainsi que le samedi.

A l'entrée, on installe une sonde à demeure qui n'est pas supportée par le malade, de telle sorte qu'on doit le sonder plusieurs fois par jour.

Le début des troubles urinaires date d'il y a 3 ans ; ils ont augmenté progressivement et, depuis trois mois, six à huit mictions nocturnes extrêmement pénibles.

A l'examen, on trouve une prostate augmentée de volume, très dure.

Il existe une double hernie inguinale volumineuse et une hernie ombilicale.

Le malade est très oppressé ; à l'auscultation, on entend une respiration de type emphysémateux avec nombreux râles ronflants et sibillants ; les bruits du cœur sont assourdis mais réguliers. Urée sanguine : 0 gr. 45.

Le 17 septembre 1932, sous anesthésie locale, ligature interépididymo-testiculaire bilatérale. Pendant la semaine qui suit l'opération, température oscillant entre 37°5 et 39°.

Chaque jour, quatre sondages avec lavages antiseptiques ; dans l'intervalle, mictions spontanées pénibles, très peu abondantes.

Le 26 septembre, résidu clair de 325 cm³, le 4 octobre, 200 cm³ ; le 6 octobre 150 cm³. A partir du 7 octobre, on ne sonde plus le malade ; les mictions spontanées deviennent moins pénibles ; il n'y a plus que 2 ou 3 mictions nocturnes. La quantité d'urines par 24 heures atteint 1 litre à 1 l. 5.

Le 12 octobre, on sonde le malade ; le résidu est de 200 cm³.

Le 16 octobre, le malade continue à uriner seul avec assez de facilité, une à deux fois la nuit, cinq à six fois dans la journée. L'état général est stationnaire.

OBSERVATION 6 (D^r G. LUYS)

M. M..., 67 ans, nous est envoyé par son médecin le 14 octobre 1931, pour rétention complète d'urine datant d'un mois pour laquelle il est porteur d'une sonde à demeure depuis 3 semaines. La prostate n'est pas grosse : au cystoscope à vision directe, le col est déformé par une saillie très accusée des deux lobes latéraux dont l'accolement ferme l'urèthre sur 4 centimètres. Il existe une prostate sous pubienne marquée.

Après l'enlèvement de la sonde à demeure, le résidu vésical constant oscille entre 300 cm³ le 20 octobre et 350 cm³ le 27.

Le malade est un artério-scléreux avec signes d'insuffisance ventriculaire gauche et a fait antérieurement de petits accès d'œdème pulmonaire.

Le 29 octobre 1931, sous anesthésie locale, ligature interépididymo-testiculaire bilatérale complétée par une ligature des deux déférents.

Quatre jours après, le 3 novembre, l'opéré accuse une miction moins pénible.

Le résidu vésical n'est plus que de 200 cm³ mais se maintient à ce chiffre. Le 17 novembre et le 14 décembre sont pratiquées deux séances de forage ; une simple séance de retouche légère étant faite le 6 janvier.

Le 24 janvier, le malade sort de la Maison de Santé en excellent état. La miction se fait normalement avec un gros jet et une forte projection. La vessie se vide complètement.

OBSERVATION 7. (D^r G. LUYS).

M. V., 75 ans, nous est amené le 23 septembre 1931 en état de rétention complète depuis plusieurs mois avec mictions par regorgement. Sondé à plusieurs reprises, le résidu vésical est de 1.200 grammes.

La prostate est grosse, lisse, régulière. A l'examen cystoscopique et urétroscopique, on trouve un gros lobe médian formant une barre très épaisse et deux lobes latéraux qui, par leur accollement, ferment l'urèthre sur un court espace. Le malade est un gros obèse de 100 kilogrammes avec une myocardite nécessitant un traitement digitalique de 10 jours par mois depuis plusieurs années.

Le 4 novembre, sous anesthésie locale, ligature interépididymo-testiculaire bilatérale. A partir du 10 novembre, le malade a des mictions spontanées moins fréquentes et plus abondantes. Le résidu vésical descend à 500 grammes pour rester presque constamment à 450 cm³ à partir du 19 novembre. Le 24 novembre, le 16 décembre, puis le 8 janvier 1932, trois séances de forage sont pratiquées sans autre incident qu'une atonie transitoire du sphincter vésical.

A la sortie de la Maison de Santé, la vessie se vide complètement, la miction se fait avec un jet normal, la capacité vésicale est de 250 cm³.

OBSERVATION 8 (Dr G. LUYS).

M. S..., 54 ans, se présente le 24 décembre 1931, pour des difficultés de la miction dont il fait remonter le début à trois ans environ. Celles-ci se sont progressivement accentuées et, au moment de notre examen, la miction se fait goutte à goutte, en bavant. Il n'y eut jamais de rétention complète. Le résidu vésical est de 300 cm³.

Au toucher, la prostate est nettement augmentée, le doigt peut cependant atteindre le bord supérieur ; elle est lisse, régulière, un peu dure ; la traversée prostatique est de 3 cm. Les vésicules sont indurées et douloureuses et l'épididyme gauche présente un noyau dur au niveau de la tête, reliquat d'épididymite ancienne. A noter, d'autre part l'existence d'une hernie inguinale droite difficilement réductible et très mal maintenue par un bandage.

A l'examen cystoscopique et urétroscopique, on trouve une grosse surelévation du col formant une barre épaisse. La traversée prostatique est courte, mais les parois latérales sont extrêmement rigides, fibreuses, dures.

Le 9 février 1932, sous anesthésie locale, ligature interépidymo-testiculaire bilatérale. Le 28 février, le malade accuse lui-même une amélioration sensible de son état depuis plusieurs jours. La miction ne s'effectue plus en bavant, le jet est mince, mais il existe une projection certaine, appréciable. Le résidu vésical est de 100 grammes et se maintient à ce niveau.

Deux séances de forage sont faites le 1^{er} mars 1932 et le 5 avril 1932 et le 26 avril, le malade quitte la Maison de Santé. À son départ, le jet d'urine est volumineux, la miction se fait avec une forte projection du début à la fin. La vessie se vide complètement et la capacité est de 300 cm³.

OBSERVATION 9 (Dr DURAND-BOISLÉARD).

M. C..., entre à la clinique le 27 mai 1932. Il est porteur d'une double hernie scrotale et d'une épididymite gauche datant du régiment. Il est âgé de 75 ans. Depuis 15 ans environ, il est atteint de prostatisme. Ces dernières années, la situation s'est aggravée, le malade se sonde trois fois par 24 heures. Il n'émet spontanément que 30 à 50 grammes d'urine. Les urines sont troubles, purulentes, l'urée du sang 0 gr. 65, pas de cylindres ; la pression 9-16, mais l'état général est bon, la langue humide, la température normale.

L'opération pratiquée sous anesthésie locale, permet la ligature du côté droit, au lieu d'élection. Mais, du côté gauche, les adhérences de la hernie scrotale au niveau de l'épididyme, la présence d'une pachyvaginalite contenant un liquide épais et brunâtre, ne permirent pas la découverte ni la dissection de la tête de l'épididyme et la ligature dut

être faite sur le canal déférent lui-même, au ras de son émergence, à la queue de l'épididyme.

Suites opératoires : Opération le 30 mai, à 9 h. 30 du matin ; durée : 50 minutes, anesthésie locale comprise. Vessie vide. A partir de 11 heures, émission spontanée d'urine par petite quantité, 40 à 50 cm³, comme avant l'opération.

A minuit, cathétérisme et lavage de vessie au nitrate d'argent au 1/2.000. Totalité d'urine évacuée : 1.200 cm³.

Le 31 mai, le malade urine difficilement. Cathétérisme et lavage trois fois par 24 heures. Urine totale : 800 grammes. Température le soir : 38°6.

Le 1^{er} juin, le malade n'urine toujours spontanément que de petites quantités. Cathétérisme et lavages au nitrate d'argent au 1/2000. Le malade souffre de brûlures et de ténesmes après chaque lavage. Température : 39°2. Quantité d'urine : 1 litre. Quelques râles à la base gauche (traités par ventouses, cataplasmes sinapisés, injection d'eucalyptine).

Le 2 juin, émission spontanée d'urine par quantité de 50 cm³ à la fois. Trois cathétérismes suivis de lavages au nitrate d'argent, toujours douloureux. Quantité d'urine : 1 litre. Température 37°8.

Le 3 juin, le malade urine plusieurs fois, par 200 grammes à la fois. Il est fait tout de même deux cathétérismes et lavages de vessie au protargol ; lavage non douloureux. Totalité d'urine en 24 heures : 1 l. 800. Température 37°4.

Le 4 juin, continue à uriner seul sans douleurs.

On le fait lever sur la chaise-longue de 2 à 6 heures. Quantité d'urine : 1.500 cm³. Température 37°5.

Les jours suivants, la situation continue à s'améliorer et le malade peut sortir de la clinique le 8 juin et rentrer chez lui en voiture. Il urine spontanément sans douleurs de 100 à 150 cm³ par miction et il lui est prescrit de con-

tinuer jusqu'à nouvel ordre deux cathétérismes et lavages par 24 heures.

Actuellement, 17 juin, le malade étant rentré à son domicile le 8 juin, aucun incident nécessitant mon intervention ne s'est produit.

RÉSULTATS ET INDICATIONS

Maintenant que nous avons eu une vue d'ensemble sur les résultats obtenus par un certain nombre d'auteurs qui se sont intéressés à la vasectomie ou à la ligature interépididymo-testiculaire et que nous avons rapporté quelques observations détaillées dont cinq nouvelles, il est utile d'étudier d'un peu plus près ces résultats et ainsi nous verrons quelles critiques on peut leur adresser et s'il y a lieu de préconiser ces opérations dans le traitement de l'adénome prostatique. Mais auparavant, brièvement nous rappellerons quel doit être le but de ce traitement.

Tumeur histologiquement bénigne, tout au moins à la période de début, l'adénome prostatique est redoutable en ce sens que, du fait des complications qui vont survenir à peu près sûrement au cours de son évolution, il est une menace constante pour le malade qui en est atteint. Ces complications sont de trois ordres : la dégénérescence, la rétention, l'infection.

Comme tout adénome, quel que soit l'organe où il se développe, l'adénome prostatique est susceptible de dégénérescence cancéreuse et même avec une fréquence redoutable. Le cancer adénoïde de la prostate

se développant sur l'adénome préexistant, ainsi que l'ont montré Albarran et Hallé est loin d'être une rareté et en 1926, Dossor sur 143 cas de cancer prostatique recueillis dans le service du Professeur LEGUEU trouvait 61 cancers adénoïdes, 17 adénomes suspects de dégénérescence et 46 cancers vrais ; en 1927, le Professeur LEGUEU trouve sur un total de 123 tumeurs prostatiques opérées dans son service de 1925 à 1927, 58 adénomes purs, 15 adénomes suspects de dégénérescence, 42 cancers adénoïdes et seulement 8 cancers nodulaires vrais.

D'autre part, il est à signaler que la dégénérescence n'a aucun rapport avec le volume de l'adénome. Ainsi dans cette fréquence du cancer adénoïde doit-on trouver un des motifs les plus impérieux à appliquer aux prostatiques un traitement radical qui les mettra à l'abri de ce risque.

La rétention est une complication à peu près fatale de l'adénome prostatique au point qu'elle caractérise même un des stades de l'évolution. D'importance extrêmement variable, elle est grave en ce qu'elle retentit rapidement sur les fonctions rénales par le mécanisme du réflexe vésico-urétéral et parce qu'elle réalise des conditions éminemment favorables à l'infection urinaire. Celle-ci, qu'elle soit d'ordre endogène et dans ce cas généralement d'origine colibacillaire ou d'origine exogène, éventualité d'une fréquence extrême chez les malades condamnés aux cathétérismes répétés, est redoutable tant par les complications urinaires qu'elle entraîne : pyéloné-

néphrite, cystites, orchépididymites, prostatites, etc, que par sa néfaste influence sur l'état général de l'organisme dont elle amène la déficience progressive.

Tout traitement idéal de l'adénome prostatique doit tendre à prévenir ces complications de tous ordres ou, à défaut, lorsque certaines sont déjà établies à les faire disparaître ou à y pallier dans la mesure du possible. Sans qu'il soit nécessaire d'étudier les différents procédés de traitement, il semble bien qu'actuellement, seule l'adénomectomie est celui qui réalise le maximum de ce qui peut être demandé dans la lutte contre les différentes complications. Procédé préventif le plus sûr et presque absolu du cancer adénoïde, il donne au point de vue traitement de la rétention et de ses conséquences des résultats d'autant plus parfaits qu'il aura été mis en œuvre plus précocément ; et, avant d'accepter les reproches que certains ne manquent pas de lui adresser, il est nécessaire et équitable de se rendre compte si les résultats moins heureux qu'on peut dans certains cas lui imputer n'ont pas comme cause principale le fait qu'on a opéré trop tardivement.

Que donnent maintenant les opérations dites « de Steinach » dans le traitement de l'adénome prostatique ? Nous étudierons leur action sur les différents symptômes ; les résultats sont, dans l'ensemble, très variables.

Au point de vue de la rétention, la plupart des auteurs signalent soit la disparition complète, soit une diminution importante dans un grand nombre de

cas ; plus rarement, il n'y a pas de modifications ; en tout cas, l'opération n'a jamais été suivie d'aggravation de l'état existant. Dans nos observations ainsi que dans celles d'autres auteurs que nous citons, il y a généralement eu diminution plus ou moins marquée du résidu, jamais jusqu'à présent de disparition complète, si ce n'est dans les cas rapportés par LUXS où le résidu vésical a bien disparu complètement, mais seulement après des séances postérieures de forage de la prostate ; il n'avait fait que diminuer consécutivement à la ligature interépididymo-testiculaire faite dans un 1^{er} temps. Nous devons encore ajouter que ce résidu dans certaines de nos propres observations est très variable, ce qui est un fait de constatation fréquente au cours de l'hypertrophie prostatique ; néanmoins, il faut reconnaître qu'il a tendance en général à se stabiliser au bout d'un certain temps à un niveau inférieur à celui qu'il atteignait antérieurement à l'opération.

Pour ce qui est des signes fonctionnels, il en va de même que pour la rétention. Ils sont généralement améliorés plus ou moins nettement. Très fréquemment on constate une diminution de la pollakiurie, une plus grande facilité des mictions qui parfois auraient repris un caractère presque normal ; chez les malades condamnés à des cathétérismes répétés, le nombre de ceux-ci a parfois été notablement diminué, supprimé parfois selon certains auteurs.

Quant à l'état local de la prostate, c'est là que le opinions sont les plus partagées ; les uns trouvent

une nette diminution de volume , d'autres aucune modification. Certains signalent un ramollissement de la glande qu'il ne faudrait espérer obtenir qu'après un délai d'au moins 2 mois. Nous n'avons pas constaté dans nos observations de modifications, même lorsque l'opération remontait à plusieurs mois, voire un an. Il est d'ailleurs assez difficile d'apprécier, à intervalles éloignés, des changements de volume, à moins qu'ils ne soient véritablement importants ; seule, l'urétroscopie postérieure permettrait d'apporter plus de précision. En réalité, il semble bien qu'il n'y ait pas là un résultat très important à obtenir ; ce n'est pas parce que la prostate aura un peu diminué de volume que le retentissement sur les signes fonctionnels en sera bien grand, si même il existe, car ce n'est pas un simple élément mécanique qui est à l'origine de la rétention des prostatiques.

Naturellement, en tant que prévention de la dégénérescence maligne, le rôle des opérations dites « de Steinach » est nul ; le fait est évident.

Donc, contre la rétention, contre les troubles fonctionnels de la miction, ces opérations ont selon la majorité des chirurgiens qui en ont fait usage et dans la majorité des cas rapportés par eux soit des résultats excellents, soit des résultats moyens beaucoup plus rarement des résultats nuls. Les améliorations constatées sont-elles durables ? Beaucoup d'observations sont de date trop récente pour qu'on puisse dire que les bénéfices obtenus seront conservés d'autant plus que les rémissions spontanées ne sont

pas une exception au cours de l'évolution de l'adénome prostatique. Certains résultats se sont maintenus constants depuis quatre ou cinq ans, disent quelques auteurs ayant suivi régulièrement leurs malades ; malheureusement souvent alors, on ne sait pas exactement le degré des troubles existants avant l'opération et il est ainsi difficile de se faire une opinion exacte.

Autre objection importante qu'on peut faire dans de nombreux cas, c'est que l'opération a été précédée ou suivie d'un traitement par la sonde à demeure pendant un délai variable, atteignant souvent plusieurs semaines, avec repos, lavages antiseptiques fréquents ; d'autres fois, section des déférents et cystostomie ont été associées. Il y a certainement là des facteurs d'amélioration dont il serait juste de ne pas négliger l'importance car ils ont vraisemblablement joué un rôle d'heureux adjuvants de l'intervention ; en particulier, il en est résulté un drainage de la vessie, une mise au repos entraînant une baisse de l'azotémie, une diminution de l'infection, une amélioration de l'état général dont il faut tenir compte.

Ces résultats d'une certitude parfois très relative, les critiques qu'on peut en faire, sont-ils tels qu'on doive rejeter absolument la section des canaux déférents ou la ligature interépididymo-testiculaire leur niant toute efficacité véritable ? Nous ne le croyons pas, mais il faut leur donner des attributions assez précises et ne pas vouloir leur demander plus qu'elles ne peuvent donner.

Il semble qu'il n'y ait à faire aucune objection à ce qu'on pratique les opérations dites « de Steinach », chaque fois que la prostatectomie est contre-indiquée pour des raisons d'ordre pathologique : mauvais état général, lésions pulmonaires graves ou cardio-vasculaires mal compensées et non réductibles, diabète grave, déficience rénale trop accentuée et non susceptible d'amélioration. Dans tous ces cas, l'opération radicale a de trop grandes chances d'être fatale au malade pour qu'on veuille la tenter ; l'âge avancé de sujets qui, bien que d'assez bon état général apparent, n'en sont pas moins très fragiles est aussi un des facteurs qui peuvent déterminer à pratiquer une opération qui, à défaut même d'avantages importants, a au moins celui d'être bénigne. Les améliorations des signes fonctionnels qui ont certaines chances de se produire par la suite, permettront aux malades de poursuivre une existence moins pénible bien que précaire..

Mais d'autres auteurs ont proposé de pratiquer les opérations dites « de Steinach » dès le début de l'hypertrophie prostatique, alors qu'on a affaire à un petit adénome, qu'il n'y a pas ou peu de résidu, que les troubles fonctionnels sont minimes ; certains voient même en cette façon d'agir, un procédé préventif qui, enrayant le développement de l'adénome rendrait ultérieurement inutile la prostatectomie qui tout au début n'a pas encore une indication suffisamment nette.

A cette conception du rôle des opérations dites

« de Steinach », on peut objecter qu'en agissant ainsi on courra fréquemment le risque de vouloir attendre trop longtemps un résultat incertain ; ainsi l'opération radicale à laquelle on devra finalement se décider s'effectuera souvent dans des conditions infiniment moins bonnes que si elle avait été pratiquée plus précocément ou plutôt moins tardivement. Peut-être les faits pourront-ils permettre d'envisager un tel avenir de la méthode avec plus d'optimisme ; en attendant, il semble qu'il s'agisse d'une hypothèse non encore contrôlée. A la rigueur, on peut admettre que tout au début de l'hypertrophie de la prostate chez des malades à très bon état général, à troubles fonctionnels minimes et stationnaires, n'ayant pas ou peu de résidu, on essaie d'abord le traitement simple que constituent les opérations dites « de Steinach » ; mais, si au bout de quelques mois les symptômes fonctionnel s'exagèrent, si le malade est obligé de recourir au cathétérisme fréquent ou régulier, il y aura lieu de proposer la prostatectomie et de montrer au malade tous les inconvénients qu'il y aurait à temporiser plus longtemps.

En résumé, que l'on pratique la section des canaux déférents ou la ligature interépididymo-testiculaire, il ne peut s'agir avec certitude que d'un traitement palliatif auquel semblent pouvoir être rapportées certaines améliorations indéniables, mais au sujet desquelles il est vraiment impossible d'attribuer le terme de guérison dont usent certains auteurs.

EXPLICATIONS PHYSIOLOGIQUES

A défaut de guérisons définitives, il se produit donc plus ou moins souvent, après les opérations dites « de Steinach » des améliorations des symptômes fonctionnels, une diminution du résidu vésical qui ne sont pas à dédaigner chez des malades âgés, ou qui présentent des contre-indications d'ordre pathologique à une opération radicale, ou qui, plus simplement (ce qui n'est pas une rareté) refusent cette intervention radicale.

Naturellement, on a essayé d'expliquer par quel mécanisme simple ou complexe agissaient ces interventions ; la diversité des théories émises par les auteurs qui les ont pratiquées suffit à montrer qu'on est actuellement peu fixé à ce sujet et qu'en présence de faits cliniques cependant indéniables, on reste dans l'incertitude, si ce n'est l'ignorance, quant à la façon dont ils se produisent.

A la fin du siècle dernier, lorsque les interventions sur le canal déférent étaient en vogue, on pensait que la suppression de la sécrétion spermatique, obtenue plus simplement que par la castration, amenait une atrophie et un ramollissement de la prostate, ceci en raison des rapports existant à l'état normal et pathologique entre cet organe et les testicules. C'est pourquoi, à cette époque, on notait surtout l'heureuse

influence de la section des déférents sur les prostates molles, congestives ; les résultats favorables étaient attribuables à une action vaso-motrice décongestionnante, probablement d'ordre réflexe. PRZEWALSKI admettait l'action atrophique sur la prostate comme étant due à la section des nerfs déférentiels de Cooper réséqués avec le canal.

Actuellement, il est encore difficile de donner une explication vraiment indiscutable et la connaissance plus approfondie de la sécrétion interne du testicule, ainsi que celle de la véritable nature de l'adénome prostatique ignorée autrefois n'ont peut-être fait que compliquer le problème et en rendre la solution plus lointaine.

NIEHANS expliquerait l'action de la ligature inter-épididymo-testiculaire de la façon suivante : en établissant cette ligature, on renverse complètement le cours des sécrétions testiculaires qui, comprimées dans les culs-de-sac glandulaires, sortent par la seule issue alors possible : l'albuginée et les vaisseaux des cloisons interlobulaires. Il y aurait donc absorption abondante de la sécrétion testiculaire par la circulation sanguine et l'état général ainsi que l'état local de la prostate seraient favorablement influencés par cet excès d'hormone testiculaire dans le sang ; il s'agirait donc d'une sorte d'auto-opothérapie.

A ce mécanisme qu'il admet, mais qu'il trouve insuffisant, LUYs en ajoute un autre. Pour lui, le fait nouveau important qui se produit après la ligature interépididymo-testiculaire, c'est l'absence

d'afflux du liquide testiculaire dans les canaux déférents les canaux éjaculateurs et la prostate et voici l'explication résumée qu'il donne de sa théorie : après avoir insisté sur la constatation anatomo-pathologique que l'adénome prostatique commence toujours à se développer au niveau du *veru montanum*, aboutissement des canaux éjaculateurs, il croit pouvoir admettre qu'il y a corrélation intime entre l'inflammation chronique des canaux éjaculateurs et le développement de l'adénome prostatique. Selon lui, ce serait la stagnation dans les canaux éjaculateurs d'une sécrétion testiculaire et vésiculaire plus ou moins infectée chroniquement par le colibacille, le staphylocoque et l'entérocoque qui serait à l'origine de cette inflammation chronique. Reprenant la théorie de Ciechanowsky sur l'origine inflammatoire de l'adénome prostatique, il pense que cette lente inflammation chronique des canaux éjaculateurs s'étend de proche en proche aux canaux excréteurs des acini-prostatiques ; ceux-ci s'oblitérent en raison de la prolifération conjonctive, de telle sorte que les culs-de-sac glandulaires de la prostate se dilatent et ainsi se constituerait l'adénome prostatique. La ligature interépididymo-testiculaire, en supprimant l'arrivée du liquide testiculaire dans les canaux éjaculateurs diminuerait la pression dans ceux-ci. Ainsi, par une action mécanique, les culs-de-sac prostatiques dilatés reviendraient sur eux-mêmes tandis que s'atténuerait l'inflammation dont ils sont le siège puisque la cause en serait supprimée. En réa.

lité, on ne comprend pas très bien, en admettant même cette origine inflammatoire de l'adénome prostatique rejetée aujourd'hui par la presque unanimité des auteurs, comment la suppression chez des individus âgés d'une sécrétion testiculaire qui a beaucoup de chances d'être peu abondante, pourrait modifier des lésions anatomo-pathologiques édifiées lentement et solidement organisées depuis un temps souvent très long. D'autre part, rien ne prouve qu'une action décongestive sur les glandes de la prostate proprement dite se produit également sur l'adénome prostatique qui constitue une tumeur anormale ; celle-ci en se développant refoule et comprime complètement le tissu prostatique vrai dont le fonctionnement est suspendu.

Pour d'autres auteurs, en supprimant la sécrétion et la migration du sperme, on supprime de ce fait la sécrétion prostatique réflexe, d'où une atrophie de la glande. Selon DUNAJEWSKY et TJOMKIN. l'amélioration de la miction, après vasectomie, est due à la suppression de l'acte réflexe d'origine testiculaire qui détermine un spasme du sphincter. C'est par un mécanisme également réflexe qu'on explique les cas où l'on a constaté presque immédiatement après l'opération, l'apparition de mictions spontanées ; il ne peut s'agir alors nullement d'une action sur la prostate qui serait beaucoup plus tardive.

On a donné également des explications souvent contradictoires basées sur le rôle joué par la sécrétion interne du testicule dans les modifications de volume

de la prostate ; mais il n'en résulte finalement aucune explication précise et indiscutable.

Peut-être différentes actions se combinent-elles : action réflexe, modification du milieu interne ; il sera toujours très difficile de donner une solution au problème tant qu'on ne connaîtra pas avec certitude l'étiologie de l'adénome prostatique. C'est pourquoi, dans l'ignorance où l'on est du mode d'action certain des opérations dites « de Steinach », il semble qu'il vaut mieux les associer et pratiquer une ligature interépididymo-testiculaire et une section des déférents, bilatérales ; la méthode reste toujours aussi simple et bénigne. Mais, ainsi que nous l'avons vu, il ne faut pas lui demander plus qu'elle n'est susceptible de donner. Nous pensons qu'à son égard, peuvent s'appliquer les paroles restées toujours vraies du Professeur LEGUEU au Congrès International de Lisbonne en 1906 : « Si en effet dans le traitement d'une affection aussi complexe que l'est l'hypertrophie prostatique, aucune méthode de traitement ne doit être absolument rejetée, nous devons néanmoins reconnaître et admettre que seule la prostatectomie est vraiment curative. Les autres méthodes ne sont que palliatives : les guérisons qu'elles procurent rarement sont incertaines et fragiles ; les améliorations, qu'elles réalisent plus souvent, ne sont que partielles. Et seule la prostatectomie totale donne des résultats parfaits, durables, supérieurs à tous les autres et dont le temps a éprouvé la valeur et vérifié la solidité. »

CONCLUSIONS

La section bilatérale des canaux déférents ou vasectomie a été pratiquée à la fin du siècle dernier dans le traitement de l'adénome prostatique et rapidement délaissée en raison de l'inconstance de ses résultats, de leur médiocrité et de leur caractère éphémère. Elle a été préconisée et pratiquée de nouveau ces dernières années, à l'étranger particulièrement ; la dénomination d'opération de STEINACH n° 1 qui lui a été attribuée n'est aucunement justifiée.

Plus récemment, on a conseillé de substituer à cette technique, la ligature interépididymo-testiculaire bilatérale, dite opération de Steinach n° 2, qui pour ses partisans, donnerait des résultats nettement supérieurs à ceux obtenus par la vasectomie.

Les résultats communiqués par les chirurgiens ayant pratiqué ces interventions sont très différents : excellents et durables pour certains, médiocres et de durée éphémère, ou nuls pour d'autres.

Dans les observations que nous avons rapportées, si quelquefois il s'est produit une amélioration des signes fonctionnels de l'adénome prostatique, elle a été en général peu importante ; dans d'autres cas,

les résultats sont de date trop récente pour qu'on puisse leur accorder une valeur définitive.

Les théories physiologiques proposées pour expliquer le mécanisme de l'une ou l'autre des opérations qui nous intéressent ne semblent pas satisfaisantes et dans l'ignorance où l'on est de ce mécanisme, le mieux est de pratiquer conjointement la ligature interépididymo-testiculaire et la section des canaux déférents, des deux côtés.

Mais, contrairement à certains auteurs qui attribuent à ces opérations une valeur curative (et vont même jusqu'à employer le terme de guérison de l'adénome prostatique) nous pensons qu'il ne faut absolument pas voir en elles autre chose que des opérations purement palliatives, ou encore préventives des orchio-épididymites fréquentes chez les prostatiques.

En aucun cas, elles ne doivent être substituées à la prostatectomie (seule opération radicale) chaque fois que celle-ci est indiquée.

Elles ne trouvent leur emploi que là où il y a nette contre-indication à la prostatectomie, traitement rationnel de l'adénome prostatique.

Vu :

Le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu :

Le Président de la Thèse,

F. LEGUEU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BENJAMIN HARRY : Neue klinische Ergebnisse der Vasoligatur nach Steinach (*Büruns' Beiträge zur klin. chir.*, Bd CXXXV Hft. 1, 1925).
- CASHMAN : Ligature des déférents dans les cas d'obstruction prostatique (*New-York State Journal of Medicine*, vol. XXX, n° 21, 1930).
- DASSONVILLE : *Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate* (Thèse, Paris, 1896).
- DUBOIS : *Physiologie de la prostate. Nouveau traité de Physiologie* (Roger-Léon Binet).
- DUNAJEWSKY et TJOMKIN : Vasektomie in Hypertrophie der Prostate (*Zeits. für Urologische Chir.*, 28 sept. 1929).
- DURAND-BOISLÉARD : Traitement de l'hypertrophie de la prostate par l'opération de Steinach (*Bulletin de la Société Médicale des Praticiens*, août 1932).
- FISCHER et SCHREUS (Düsseldorf) : Ergebnisse der Radiotherapie und Vasektomie in Prostatahypertrophie, (*München med. Woch.*, 30-25 Juny 1930).
- FLANDRIN : Les indications du traitement de l'adénome prostatique (*Bulletin Médical*, n° 12, 19 mars 1930).
- FLÖRSHEIM : *Traitement opératoire de l'hypertrophie de la prostate* (Thèse, Paris, 1896).
- HABERER : Was leistet die Resektion der Vasa déférentia bei Prostatahypertrophie (*Med. Klin.*, Jahrg., 17, n° 14, 1924).
- HEINRICHSEN : Über der Einfluss der Vasektomie auf die Hypertrophie der Prostate (*Deut. Zeits. f. Chir.*, CCI, 1927).
- HORNER : Über die Ergebnisse der Steinachoperationen während X Jahren (*Med. Klin.*, n° 27, 1931).

- HÜHNE : Vasektomie in Prostatahypertrophie (*Zentralblatt für Chirurgie*, LV, n° 9, 1928).
- HÜTTER : Vasektomie in Prostatahypertrophie (*München. med. Woch.*, 76, N. 39, 1929).
- LANDAU : Über die Vasektomie als Behandlungsmethode der Prostatahypertrophie (*Klin. Wochen*, n° 6, 1923).
- LEGUEU : Des résultats éloignés des traitements opératoires de l'hypertrophie prostatique ; XIII^e Congrès international de Médecine, Paris, 1900 (Comptes-rendus, p. 219).
- LEGUEU : Traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique (*Rapport au XV^e Congrès International de Lisbonne*, 1906).
- LÉVY-LENZ : Zur Technik der ambulanten Steinachsoperation (*Deuts. med. Wochen*, N. 33, 1924).
- LUYS : Action de la ligature épидидymo-testiculaire sur l'hypertrophie de la prostate. Résultats opératoires (*Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, n° 9, 1932).
- MOCK : Traitement de l'hypertrophie de la prostate par la section des canaux déférents (*Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris*, n° 23, 1931).
- NIEHANS : L'hypertrophie de la prostate et la ligature de Steinach (*Schweiz. med. Wochen*, Nr 34, 1930).
- SERRALACH : Sur la physiologie de la prostate et du testicule (*Zeitschrift f. Urologie*, Bd. XXII, Nr. 9, 1928).
- STEINDL : Erfahrungen mit der Resektion des Vas deferens (*Archiv. f. Klin. Chir.*, Bd CXXX, 1924).
- STETTINER : Die Ergebnisse der Steinachoperationen (*Deuts. med. Wochen*, Nr 45..., 46, 1927).
- STUTZIN : Die Vasoligatur bei Prostatikern (*Deut. med. Wochen.*, Nr 51, 1925).
- UJHELY : Vasectomie dans l'hypertrophie de la prostate (*Cluj. med.*, Nr 10, 1929).
- WERWARTH : Zur Frage der Vasoligatur bei Prostatahypertrophie (*Zeitechr. f. Urol* ; Bd 22, 1928).
- WOLFSOHN : Vasektomie uin Prostatahypertrophie (*Zentralbl. f. Chir.*, Bd 57, 1930).

